



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

THÔNG BÁO VỀ VIỆC ÁP DỤNG KẾ HOẠCH CHĂM SÓC HOẶC SỬA ĐỔI KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

NOTICE OF IMPLEMENTATION OF PLAN OF CARE OR
PLAN OF CARE AMENDMENT

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA THÂN CHỦ/NGƯỜI ĐÚNG ĐÓN

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ

NGƯỜI
NHẬN:

XẾP LAI Ở CHỖ NÀY NẾU DÙNG LOẠI PHONG BÌ CÓ KHUNG ĐỊA CHỈ (WINDOW ENVELOPE).

Kính gửi : _____

Kèm theo đây là bản Kế Hoạch Chăm Sóc hoặc Sửa Đổi Kế Hoạch Chăm Sóc trong Chương Trình Miễn Lệ đã
điền hoàn tất để quý vị xem lại.

- Nếu quý vị đồng ý với Kế Hoạch Chăm Sóc hoặc Sửa Đổi Kế Hoạch Chăm Sóc, xin ký tên và gởi lại
trang ký tên (signature page) trong phong bì đính kèm có in sẵn địa chỉ trước _____.
- Nếu quý vị không đồng ý với Kế Hoạch Chăm Sóc hoặc Sửa Đổi Kế Hoạch Chăm Sóc, quý vị phải thỉnh
cầu khiếu nại trước _____. Các dịch vụ hiện thời của quý vị sẽ vẫn tiếp tục trong lúc kháng cáo.
- Nếu chúng tôi không nhận được trang ký tên của quý vị trước _____, DDD sẽ xem như quý vị đã ưng
thuận và sẽ áp dụng Kế Hoạch Chăm Sóc hoặc Sửa Đổi Kế Hoạch Chăm Sóc chiếu theo WAC 388-845-
3070.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin gọi cho: _____ tại _____.

Cc: Kèm theo POC trong hồ sơ thân chủ



**THÔNG BÁO VỀ VIỆC ÁP DỤNG KẾ
HOẠCH CHĂM SÓC HOẶC SỬA ĐỔI
KẾ HOẠCH CHĂM SÓC**

chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều
lệ điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

GỬI ĐẾN: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

SỐ FAX: 360-586-6563

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây của Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS):

- Giải thích vắn tắt những điều DSHS đã thực hiện hoặc không thực hiện cho quý vị;
- Kèm theo bản sao của thông báo mà quý vị đang khiếu nại, nếu được.

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	
ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI	SỐ ID CỦA THÂN CHỦ		
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH	SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG) <input type="checkbox"/> ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi đã được thông báo về sự quyết định vào ngày: _____ bởi: _____
NGÀY _____ TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG DSHS

Tôi muốn được tiếp tục hưởng trợ cấp, nếu hợp lệ: Có Không Chương Trình: _____

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, xin đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ	CƠ QUAN	SỐ ĐIỆN THOẠI	
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH

Tôi cho phép tiết lộ các chi tiết về buổi điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ	NGÀY
-------------------	------

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải của quý vị không? Có Không

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ hoặc loại trợ giúp gì? _____

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết buổi điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn được điều giải bằng cách đích thân đến gặp, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo Điều Giải mà OAH sẽ gửi đến cho quý vị.

INSTRUCTIONS

What is the legal authority for this action?

The legal authority for this action is WAC 388-845-3020: What happens if I do not sign my plan of care? If DDD is unable to obtain the necessary signature on the plan of care from you or your legal representative, DDD will take one or more of the following actions:

- (1) DDD will continue providing services as identified in your prior POC for up to thirty days after completion of your new POC.
- (2) DDD will attempt to contact you or your legal representative by phone or mail.
- (3) After thirty days, if DDD has not heard from you or your legal representative, DDD will assume consent and implement the new POC with or without your signature or the signature of your legal representative.
- (4) You will be provided written notification and appeal rights to this action to implement the new POC.
- (5) Your appeal rights are in WAC 388-825-0120 through 388-825-0165.

When would I use this notification?

This notification is necessary when the legal representative is required to sign the POC but has not responded with either agreement or disagreement to the POC.

What is the case manager expectation for attempted communication with this person?

This notice is sent only after other reasonable but unsuccessful attempts to communicate with the person before and during the POC process.

- Use available methods such as the telephone book to get a current telephone number.
- Attempt to call the person before sending this notice to explain the intent of the notification and implementation.
- Document all of these attempts and contacts in the SER.

Is the notice sent with the POC/POC Amendment?

Yes, Both the POC and POC Amendment include the appeal rights. Enclose a stamped self-addressed return envelope.

Is the notice to be sent by certified mail?

Send the notification and POC by standard delivery and allow 5 days for receipt of mailing.

How do I calculate the due dates?

- DDD must provide 30 days advance notice of any change so allow 30 days + 5 days for mailing, based on the estimated mailing date.
- Appeal timeline is 28 days from receipt of notice so allow 28 days +5 days for mailing and receipt.
- Implementation date is same date used for the due date of the signature date in the first bullet.

What if the person makes an oral request to appeal the POC?

If the person makes an oral request to appeal the POC, the case manager will complete the request for appeal from the POC and refer the request onto the Office of Administrative Hearings.

How do I proceed if an appeal to the POC is filed?

The filing of an appeal stops the implementation of the new POC. Services continue per the previous POC until the final decision is issued in the appeal.